

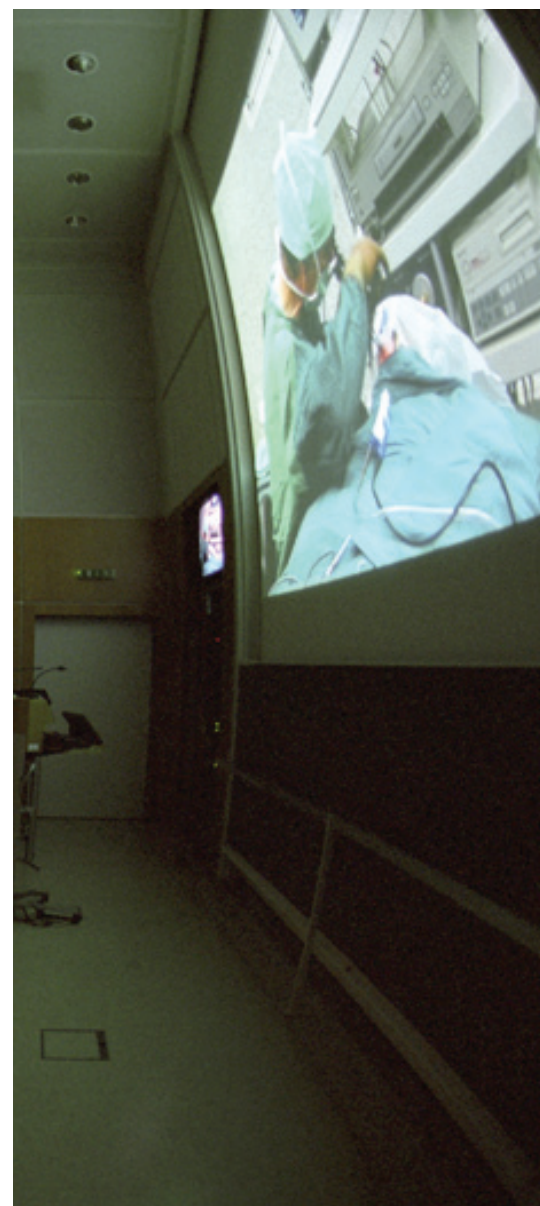
GMA2013

„TRADITION: HEMMSCHUH ODER CHANCE“



150 JAHRE
UNIVERSITÄTSMEDIZIN
GRAZ

Medizinische Universität Graz



GMA 
Gesellschaft für Medizinische Ausbildung

Jahrestagung der Gesellschaft
für Medizinische Ausbildung
26.-28. September 2013, Medizinische Universität Graz

Abstractband



Für diese Publikation gelten die Creative Commons Lizenzbedingungen
Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0.

Herausgeber:
Medizinische Universität Graz
im Auftrag der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung

Tagungspräsident
Ao. Univ.-Prof. Dr. Hans Peter Dimai

Die Online-Veröffentlichung dieses Abstractbandes finden Sie im Portal German Medical
Science unter <http://www.egms.de/de/meetings/gma2013/>

Inhalt

P01 Blended learning	3
P02 Fakultäts- und Curriculumsentwicklung	9
P03 Fakultäts- und Curriculumsentwicklung	15
P04 Fakultäts- und Curriculumsentwicklung	20
P05 Fort- und Weiterbildung	25
P06 Interkulturelle Kompetenz und Diversity	32
P06 Interprofessionelle Ausbildung	35
P07 Kommunikative und soziale Kompetenz	38
P08 Kommunikative und soziale Kompetenz	44
P09 Personal- und Organisationsentwicklung	49
P10 Praktische Fertigkeiten	54
P11 Professionalität	61
P12 Prüfungen	65
P13 Studierende als Lehrende und Studentische Aktivitäten in der Medizinischen Ausbildung	71
P14 Studierendenauswahl	81
P15 Wissenschaft im Studium, Tiermedizin, Zahnmedizin	87
V01 Blended learning	93
V02 Fakultäts- und Curriculumsentwicklung	96
V03 Fakultäts- und Curriculumsentwicklung	100
V04 Fakultäts- und Curriculumsentwicklung	104
V05 Fort- und Weiterbildung	107
V06 Wissenschaft im Studium	111
V07 Studierende als Lehrende	115
V08 Interkulturelle Kompetenz und Diversity	118
V09 Interprofessionelle Ausbildung	122
V10 Kommunikative und soziale Kompetenz	125
V11 Kommunikative und soziale Kompetenz	129
V12 Kommunikative und soziale Kompetenz	133
V13 Praktische Fertigkeiten	137
V14 Praktische Fertigkeiten	141
V15 Prüfungen	144
V16 Prüfungen	148
V17 Prüfungen	152
V18 Studentische Aktivitäten in der Medizinischen Ausbildung	155
V19 Studierendenauswahl	158
V20 Interprofessionelle Ausbildung, Interkulturelle Kompetenz und Diversity	160
Workshop	163
Nachgereichte Abstracts	176
S01: Prüfungen I: Europäische Prüfungsperspektiven in Aus- und Weiterbildung	177
S02: Prüfungen II: Auf dem gemeinsamen Weg zu kompetenzorientierten Prüfungen	179
Autorenindex	183

Bitte zitieren als: Schickler A, Biller S. Wer gibt welche Note? Notenvergabe bei der mündlich-praktischen M2-Prüfung in Freiburg. In: Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Graz, 26.-28.09.2013. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2013. DocV16_06. DOI: 10.3205/13gma246, URN: urn:nbn:de:0183-13gma2464
Frei verfügbar unter:
<http://www.egms.de/en/meetings/gma2013/13gma246.shtml>

V17 Prüfungen

247

Die Entwicklung und Implementierung einer neuen staatlichen Schlussprüfung Humanmedizin am Beispiel Schweiz – Ergebnisse und Daten zur Prüfungsqualität der ersten 2 Kohorten sowie Überlegungen zur Qualitätssicherung und zur Weiterentwicklung der Prüfung

Christian Schirlo¹, Raphael Bonvin², Christoph Berendonk³, Sabine Feller³, Tina Schurter³, Kai Schnabel³, Christine Beyeler³, Sissel Guttormsen³, Sören Huwendiek³

¹Universität Zürich, Medizinische Fakultät, Dekanat und Studiendekanat, Zürich, Schweiz

²Universität Lausanne, Biologische und Medizinische Fakultät, Unité de pédagogie, Lausanne, Schweiz

³Universität Bern, Medizinische Fakultät, Institut für Medizinische Lehre, Bern, Schweiz

Hintergrund: Im Rahmen des neuen nationalen Medizinalberufegesetzes [<http://www.admin.ch/ch/d/as/2007/4031.pdf>], [<http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/07918/07919/index.html>], der Entwicklung hin zu Kompetenz-basierten Curricula [1] und der Einführung der Bologna-Reform in den medizinischen Studiengängen [2] wurde in der Schweiz eine neue eidgenössische Schlussprüfung Humanmedizin unter Aufsicht des Bundes und in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fakultäten in zwei Sprachen (D/F) entwickelt und 2011 erstmals durchgeführt.

Projektbeschreibung: Im vorliegenden Beitrag werden die Rahmenbedingungen für die Implementierung aufgezeigt und die Entwicklung der Gesamtprüfung als Pass/Fail-Prüfung einschliesslich ihrer 2 Einzelprüfungen beschrieben. Die 1. Einzelprüfung besteht aus einer schriftlichen Prüfung (MCQ) an 2 Prüfungstagen zu je 4.5 h mit je 150 interdisziplinären, taxonomisch auf Anwendungswissen ausgerichteten Fragen. Die 2. Einzelprüfung umfasst eine strukturierte, klinisch-praktische CS-Prüfung (OSCE) mit insgesamt 12 Rotationsposten über je 13 min Dauer und je 2 min Rotationszeit zwischen den Posten. Zur Qualitätssicherung wurden zahlreiche Massnahmen ergriffen wie z.B. die Schulung der standardisierten Patienten anhand zentraler Standardisierungsvorlagen. Der Gesamtblueprint ist abgestimmt auf den Schweizer Lernzielkatalog Humanmedizin [<http://scllo.smifk.ch>] und beinhaltet die 2 Hauptdimensionen „General Objectives/CanMed Roles“ und „Problems as Starting Points“.

Ergebnisse: Die Prüfung wurde an allen 5 Standorten 2011 und 2012 erfolgreich durchgeführt. Die Prüfungsergebnisse der ersten 2 Kohorten differenziert nach Gesamtprüfung und Einzelprüfungen zeigen in etwa die erwarteten Werte hinsichtlich der Bestehensquote. Die Metadaten zur Prüfungsqualität zeigen für beide Jahre, dass die angestrebte

Messzuverlässigkeit der Prüfung mit einem Cronbach Alpha als Mass für die Reliabilität von im Mittel $\alpha=0.9$ für die MCQ Einzelprüfung und von im Mittel $\alpha>0.8$ für die CS-Einzelprüfung erreicht wurde.

Diskussion und Schlussfolgerungen: Basierend auf den Erfahrungen und Daten der ersten 2 Prüfungskohorten kann gesagt werden, dass die Implementierung einer neuen nationalen Prüfung, die neben der neu ausgerichteten MCQ-Einzelprüfung erstmals mit einem strukturierten, objektivierbaren und national standardisierten Instrument klinische Fähigkeiten und Fertigkeiten misst, grundsätzlich gelungen ist. In diesem Kontext muss die Relevanz der intensiven Koordination und Abstimmung von der Gesetzgebung und den Verordnungsvorgaben bis hin zum Lernzielkatalog und dem korrespondierenden Gesamtblueprint der Prüfung hervorgehoben werden. Bezüglich der zukünftigen Entwicklung werden Aspekte der Qualitätssicherung und der Weiterentwicklung der Gesamtprüfung auch im Sinne von ergänzenden Prüfungsformaten diskutiert werden.

Literatur

1. Frank JR, Snell LS, Ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing S, Harris P, Glasgow NJ, Campbell C, Dath D, Harden RM, Iobst W, Long DM, Mungroo R, Richardson DL, Sherbino J, Silver I, Taber S, Talbot M, Harris KA. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach*. 2010;32(8):638-645. DOI: 10.3109/0142159X.2010.501190

2. Michaud PA. Reforms of the pre-graduate curriculum for medical students: the Bologna process and beyond. *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13738. DOI: 10.4414/smw.2012.13738

Bitte zitieren als: Schirlo C, Bonvin R, Berendonk C, Feller S, Schurter T, Schnabel K, Beyeler C, Guttormsen S, Huwendiek S. Die Entwicklung und Implementierung einer neuen staatlichen Schlussprüfung Humanmedizin am Beispiel Schweiz – Ergebnisse und Daten zur Prüfungsqualität der ersten 2 Kohorten sowie Überlegungen zur Qualitätssicherung und zur Weiterentwicklung der Prüfung. In: Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Graz, 26.-28.09.2013. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2013. DocV17_01. DOI: 10.3205/13gma247, URN: urn:nbn:de:0183-13gma2474

Frei verfügbar unter:
<http://www.egms.de/en/meetings/gma2013/13gma247.shtml>

248

Im Nebel der Präzision: die Bestimmung von GrenzfalkandidatInnen oder wie viel Reliabilität ist genug?

Michael Schmidts, Daniel Stricker

Universität Bern, Institut für medizinische Lehre, Bern, Schweiz

Hintergrund: Bei der Durchführung von summativen Prüfungen wird üblicherweise eine Mindestreliabilität von 0,8 gefordert. Bei praktischen Prüfungen wie OSCEs werden manchmal 0,7 akzeptiert [2]. Doch was kann man sich eigentlich unter der Präzision einer Messung mit einer Reliabilität von 0,7 oder 0,8 vorstellen?

Methode: Mittels verschiedener statistischer Methoden wie dem Standardmessfehler oder der Generalisierbarkeitstheorie lässt sich die Reliabilität in ein Konfidenzintervall um eine festgestellte Kandidatenleistung übersetzen [1], [3], [4]. Hat ein Kandidat beispielsweise bei einer Prüfung 57 Punkte erreicht, schwankt seine wahre Leistung aufgrund der Messungenauigkeit der Prüfung um diesen Wert (z.B. zwischen 50 und 64 Punkte). Im Bereich der Bestehensgrenze ist die Messgenauigkeit aber besonders wichtig. Läge die Bestehensgrenze in unserem Beispiel bei 60

Punkten, wäre der Kandidat mit 57 Punkten zwar pro forma durchgefallen, allerdings könnte er aufgrund der Schwankungsbreite um seine gemessene Leistung in Wahrheit auch knapp bestanden haben. Überträgt man diese Erkenntnisse auf alle KandidatInnen einer Prüfung, kann man die Anzahl der Grenzfallkandidaten bestimmen, also all jene Kandidatinnen, die mit Ihrem Prüfungsergebnis so nahe an der Bestehensgrenze liegen, dass ihr jeweiliges Prüfungsergebnis falsch positiv oder falsch negativ sein kann.

Ergebnisse: Die Anzahl der GrenzfallkandidatInnen in einer Prüfung ist nicht nur von der Reliabilität abhängig, sondern auch von der Leistung der KandidatInnen, der Varianz, dem Abstand der Bestehensgrenze zum Mittelwert und der Schiefe der Verteilung.

Es wird anhand von Modelldaten und konkreten Prüfungsdaten der Zusammenhang zwischen der Reliabilität und der Anzahl der Grenzfallkandidaten auch für den Nichtstatistiker verständlich dargestellt. Es wird gezeigt, warum selbst eine Reliabilität von 0.8 in besonderen Situationen keine befriedigende Präzision der Messung bieten wird, während in manchen OSCEs die Reliabilität fast ignoriert werden kann.

Schlussfolgerungen: Die Berechnung oder Schätzung der Grenzfallkandidaten anstatt der Reliabilität verbessert auf anschauliche Weise das Verständnis für die Präzision einer Prüfung. Wenn es darum geht, wie viele Stationen ein summativer OSCE benötigt oder wie lange eine MC-Prüfung dauern soll, sind Grenzfallkandidaten ein valideres Entscheidungskriterium als die Reliabilität.

Literatur

1. Brennan RL. Generalizability Theory. New York: Springer; 2003.
2. Downing SM. Reliability: on the reproducibility of assessment data. *Med Educ.* 2004;38(9):1006–1012. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2004.01932.x
3. Harvill LM. Standard Error of Measurement. *Educ Meas.* 1991;Summer:33-41. Zugänglich unter/available from: <http://ncme.org/linkservid/6606715E-1320-5CAE-6E9DDC581EE47F88/showMeta/0/>
4. McManus IC. The misinterpretation of the standard error of measurement in medical education: A primer on the problems, pitfalls and peculiarities of the three different standard errors of measurement. *Med Teach.* 2012;34(7):569-576. DOI: 10.3109/0142159X.2012.670318

Bitte zitieren als: Schmidts M, Stricker D. Im Nebel der Präzision: die Bestimmung von GrenzfallkandidatInnen oder wie viel Reliabilität ist genug? In: Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Graz, 26.-28.09.2013. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2013. DocV17_02. DOI: 10.3205/13gma248, URN: urn:nbn:de:0183-13gma2486
Frei verfügbar unter: <http://www.egms.de/en/meetings/gma2013/13gma248.shtml>

249

Einführung einer „Mini-Team-Card“ zur Erfassung professioneller Kompetenz von Medizinstudierenden im klinischen Alltag

Jobst-Hendrik Schultz, Andreas Möltner, Christina Lujic, Erika Fellmer-Drüg, Jana Jünger

Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Hintergrund/Fragestellungen: Für die strukturierte und direkte Beurteilung von Handlungskompetenzen am Arbeitsplatz haben sich Encounter Cards bewährt, da Sie

eine hohe „face-validity“ aufweisen [1]. Eine zentrale Kompetenz der Ärztin/des Arztes ist das Professionelle Handeln, das in den CanMeds-Rollen sowie in dem für den deutschsprachigen Raum entwickelten NKLM als eine der 7 ärztlichen Rollen längst verankert ist. Dennoch gibt es bislang kaum Ansätze, diese Kompetenz im Rahmen der Medizinischen Ausbildung zu beurteilen. Daher wurde eine Abwandlung der Encounter Card, die sog. Mini-Team-Card (MTC) entwickelt, um professionelles Handeln von Studierenden bei ihrem Einsatz auf Station zu erfassen. Der Beitrag stellt die Entwicklung, Implementierung und Evaluation vor.

Methoden:

1. 2008 wurden in einem fakultätsübergreifenden Workshop Kriterien zur Beurteilung der professionellen Kompetenz erarbeitet. Auf dieser Basis wurden im Konsens Items für die MTC sowie deren Bewertungsmodalitäten festgelegt.
2. Ab dem WS 09/10 wurde die MTC an der medizinischen Fakultät Heidelberg eingesetzt und ist seitdem mit 5% im fächerübergreifenden Leistungsnachweis Innere Medizin, Allgemeinmedizin und Klinische Chemie integriert (weitere Anteile: MC-Klausur, OSCE, Mini-CEX, Patientenbericht). Testgütekriterien wurden auf Basis der Generalisierbarkeitstheorie pro Semester bestimmt und der Zusammenhang mit den anderen Prüfungsteilen korrelationsanalytisch untersucht. Zur Evaluation der praktischen Einsetzbarkeit der MTC wurden die entsprechenden Prüfer befragt.

Ergebnis:

1. Aus den Vorschlägen der Expertengruppen wurden 9 Items zur Beurteilung der professionellen Handlungskompetenz ausgewählt (Note1–5). Jeder Studierende erhält im Rahmen seiner Stationseinsätze jeweils eine MTC-Beurteilung, sodass am Ende des Semesters mindestens 7 MTC-Bewertungen vorliegen, aus denen ein Mittelwert errechnet wird.
2. Insgesamt zeigen sich bei der Bewertung der Studierenden mittels MTC durchgängige Deckeneffekte, was sich neben der eher geringen Anzahl an Bewertungen pro Studierende negativ auf die Generalisierbarkeitskoeffizienten auswirkt. Die Korrelationen mit den praktischen Prüfungsteilen OSCE und MiniCEX waren erwartungsgemäß höher als die mit den schriftlichen Formaten. Eine qualitative Analyse der Erfahrungen der Prüfer zeigt, dass MTC als Format handhabbar, ressourcensparend und effektiv sind.

Schlussfolgerung: MTC sind eine deutliche Bereicherung des Prüfungsinstrumentariums für klinische Fächer, da hiermit „Professionelles Handeln“ im klinischen Alltag bewertet werden kann. Problematisch hingegen ist die Tauglichkeit als gut diskriminierendes Instrument für summative Prüfungen, da die Prüfer schlechte Bewertungen vermeiden, insbesondere um den Studierenden nicht zu schaden. Dennoch bieten die MTC die Möglichkeit, neben theoretischem Wissen und klinisch praktischen Fertigkeiten auch das „Professionelle Handeln“ als eigenständige ärztliche Kompetenz zu erfassen.

Literatur

1. Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for Direct Observation and Assessment of Clinical Skills of Medical Trainees. A Systematic Review. *JAMA.* 2009;302(12):1316-1326. DOI: 10.1001/jama.2009.1365